

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 175

DE L'ÉCTOPIE
Sous-Cutanée Abdominale
DU TESTICULE
(Type Nouveau)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alphonse MARCAILHOU D'AYMERIC

Né à Rennes (Ile-et-Vilaine), le 4 Janvier 1876



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 175

DE L'ÉCTOPIE
Sous-Cutanée Abdominale
DU TESTICULE
(Type Nouveau)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

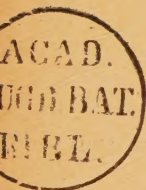
Et soutenue publiquement le 20 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alphonse MARCAILHOU D'AYMERIC

Né à Rennes (Ile-et-Vilaine), le 4 Janvier 1876



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		X.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.		PIERRET.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie.		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Accouchements.	POLLOSSON (A.),	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON M., Président ; M. POLLOSSON A., Assesseur
MM. CONDAMIN et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Le sujet de cette thèse nous a été donné par M. le professeur Poncet, professeur de clinique chirurgicale, chevalier de la Légion d'honneur ;

et par M. X. Delore, ex-chef de clinique chirurgicale.

M. le professeur Poncet empêché, nous avons prié M. le professeur Maurice Pollosson de vouloir bien présider notre thèse. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait.

CHAPITRE PREMIER

Généralités sur les ectopies et classifications.

La pathologie distingue deux classes d'ectopie testiculaire, l'une très fréquente, banale même, l'autre rare.

La première classe renferme les ectopies testiculaires que l'on peut nommer *in viâ*; la deuxième renferme celle que l'on peut définir *ex viâ*. Les premières sont sur le trajet même que le testicule doit parcourir de son point de départ embryogénique à son point d'arrivée anatomique. Pour nous servir de l'expression de M. Leriche (de Roanne), les testicules de la première catégorie sont *arrêtés*, ceux de la deuxième sont *déviés*. Arrêt et déviation, voilà donc les différences essentielles sur lesquelles reposent cette distinction en deux classes.

Les premières de ces ectopies sont légion et nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Les deuxièmes, bien au contraire, se résument en quelques rares variétés. C'est ainsi qu'on distingue :

l'ectopie crurale, l'ectopie périnéale ; enfin, tout récemment, a été ajoutée l'ectopie pénienne.

Les ectopies *in viâ* se résument en :

1^o *L'ectopie abdominale*. Elle peut être profonde, quand le testicule reste cantonné au point même où il s'est développé ; mais ce cas est exceptionnel et le testicule se rapproche ordinairement du canal inguinal et s'arrête soit dans la fosse iliaque interne, soit à une petite distance de l'anneau inguinal profond ; d'où la classification en ectopie sous-rénale, iliaque, rétro-périnéale ;

2^o *L'ectopie inguinale*. Elle a été étudiée par Paris, à Strasbourg (1). Cet auteur a admis des variétés nombreuses et le tableau ci-joint donnera une idée de cette multiplicité.

Ectopie testiculaire inguinale.

TEMPORAIRE

- Testicule à l'anneau dans la position horizontale.
- Testicule dans le scrotum dans la position verticale.

PERMANENTE :

I. — COMPLÈTE

II. — INCOMPLÈTE

(1) PARIS, Thèse de Strasbourg, 1857.

INCOMPLÈTE { *extra-inguinale.*
intra-inguinale.

Extra-inguinale { près de l'orifice interne,
retenu par le bord du pilier
externe.

Intra-inguinale :

a). Inclusion inguinale externe :

1° Du testicule et des annexes;

2° Du testicule seul, ses annexes ayant franchi l'anneau.

b). Inclusion inguinale interstitielle :

1° Persistance du canal vagino-péritonéal;

2° Absence de ce canal;

3° Tunique vaginale propre.

Le testicule peut apparaître derrière l'aponévrose du grand oblique et simuler une ectopie complète sous-cutanée.

c). Inclusion inguino-abdominale :

1° Dans l'anneau ;

2° Au-dessus de l'anneau { libre ;
adhérent au péri-
toine.

Les ectopies *ex-viâ* comprennent :

1° *L'ectopie crurale.* Elle est contestée par quelques auteurs. *Vidal de Cassis* rapporte un cas curieux. La glande, après avoir franchi l'anneau cru-

ral, vint se placer sous le *fascia crebiformis* et remonta dans les couches sous-cutanées de l'abdomen, mais près de l'anneau;

2^o Dans l'*ectopie périnéale*, le siège habituel de la glande est au-devant de l'anus, dans la portion du tissu cellulaire sous-cutané;

3^o Enfin, depuis peu de temps, *Poupart* (1) a ajouté un cas nouveau (Paris, 1897), l'*ectopie pénienne*. Il en rapporte une seule observation. Le testicule se trouvait dans le fourreau de la verge; il n'était pas sur la ligne médiane, et quoique testicule gauche, se trouvait du côté droit.

Voilà pour les ectopies testiculaires par déviation.

Ce sont les ectopies testiculaires *ex-viâ* connues.

Nous allons aborder maintenant la question même qui fait le sujet de notre thèse: c'est une question mal connue, et d'autant plus intéressante qu'il n'en a presque jamais été parlé.

(1) POUPART, Thèse de Paris, 1897.

CHAPITRE II

De l'ectopie sous-cutanée abdominale

Nous avons l'intention de rattacher aux ectopies testiculaires de la deuxième classe, aux ectopies testiculaires *ex-via*, en dehors du trajet, une variété que nous nommerons *ectopie sous-cutanée abdominale* du testicule. Nous avons ainsi le tableau synoptique suivant :

I. — ECTOPIES IN-VIA OU BANALES.

1° Abdominales.. { *a*). sous-rénale ;
 b). iliaque ;
 c). rétro-périnéale ;

2° Inguinale avec toutes ses variétés.
Voir tableau précédent, page 8.

II. — ECTOPIES EX-VIA.

1^o crurale ;

2^o périnéale ;

3^o pénienne (ou de Poupert) ;

4^o *sous-cutanée abdominale*.

Nous ne possédons, au sujet de cette ectopie sous-cutanée abdominale, que *quatre* observations. L'une d'elles, malheureusement, s'est égarée.

Par ordre chronologique, la première est française et due à **Marotte**, 1856.

La deuxième est allemande et due à **Sallzmann** ; c'est l'observation perdue, et malgré tous les efforts de MM. *X. Delore* et *Leriche* et de nous-même, nous n'avons pu nous la procurer.

La troisième est russe et due à **Grüber**, de St-Petersbourg. Cet auteur a étudié avec vif intérêt les questions se rattachant à l'ectopie sous-cutanée abdominale.

Enfin, la dernière, la plus typique par ses caractères de remarquable précision que nous lui reconnaissons, est lyonnaise.

Elle nous permettra de créer une nouvelle variété. Elle est due à M. **X. Delore**, ex-chef de clinique de la Faculté. Et c'est à M. Delore que nous devons l'inspiration de ce travail.

Nous tenons ici à remercier M. Delore de son obligeance. Il nous a donné l'idée de ce travail sur l'ectopie sous-cutanée abdominale.

Ces quatre observations, réduites à *trois* puisque

l'observation allemande est perdue forment donc les seules sources auxquelles nous ayons pu remonter pour soutenir nos idées.

M. *Rochet*, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'Antiquaille et à la tête d'un service de clinique des voies génito-urinaires, a été consulté à ce sujet. Il lui a été demandé si, dans son expérience déjà longue des questions génitales, il ne se rappelait pas avoir vu des cas analogues au nôtre ; sa réponse a été négative.

Des critiques générales ont été dirigées contre cette ectopie sous-cutanée abdominale en raison même de son extrême rareté.

La plupart la considèrent comme une ectopie inguinale de la première catégorie, ou par *arrêt* de migration ; mais la situation aurait été modifiée par le port d'un bandage herniaire.

Dans son récent *Traité de chirurgie*, *Reclus* est du même avis ; mais il n'apporte aucun nouveau fait à ses considérations purement théoriques.

Nous allons successivement présenter les trois seules observations que la science possède.

La première est la moins typique. Le caractère s'accroît avec l'ordre chronologique : ainsi la dernière est certes la plus concluante.

Nous nous garderons donc bien de les résumer, car sur leur entier développement repose l'intérêt de la question.

CHAPITRE III

Les Observations

OBSERVATION FRANÇAISE DE MAROTTE

Elle a été rapportée par *Godard* dans son Mémoire de 1856, à la Société de Biologie (1).

Le nommé Sylvain Mingot, âgé de 26 ans, maçon, est entré le 4 novembre 1856, à l'Hôpital de la Pitié (service de M. Marotte). Cet homme, qui est atteint de méningite, succombe deux jours après son admission. Mingot est monorchide.

M. Prongriart, interne de M. Marotte, veut bien me donner les organes génitaux de cet homme, qui offrent la disposition suivante :

La moitié gauche du scrotum existe seule et enveloppe le testicule qui a 4 centimètres de longueur et 27 millimètres de largeur.

La glande séminale est placée normalement ainsi que l'épididyme.

(1) GODARD. — Mémoire Société de Biologie, 1856, p. 371.

A droite, le scrotum manque. Dans le pli inguinal, de ce côté, le toucher permet de reconnaître un corps ovalaire qui semble formé par le testicule non descendu. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané étant enlevés, on aperçoit le testicule dont une des extrémités fait saillie en refoulant en avant l'aponévrose du grand oblique et l'aponévrose superficielle.

Si l'on regarde la région inguinale par sa face abdominale, on aperçoit le testicule qui plonge, pour ainsi dire, dans le canal inguinal et qui remplit et dilate l'anneau abdominal. L'épididyme, placé un peu au-dessus et en arrière de la glande, se continue directement avec le canal déférent. Le testicule, légèrement aplati transversalement, a 30 millimètres de longueur et 17 millimètres de largeur. Il remplit le canal inguinal et son extrémité supérieure est dirigée en avant et en bas, de telle sorte que, s'il fût descendu, l'extrémité qui d'ordinaire, est supérieure, aurait été inférieure et l'épididyme en avant.

Le faisceau moyen du gubernaculum manque; je ne vois pas non plus l'anneau cutané du canal inguinal.

Le testicule est parfaitement sain; il n'est ni fibreux, ni grasseux; les canalicules s'effilent parfaitement. La séreuse qui enveloppe la glande, la recouvre ainsi que l'épididyme et une partie du cordon. Puis elle envoie un prolongement dans une sorte de poche que le testicule s'est faite en avant et en dehors de l'anneau abdominal du canal inguinal.

Cette cavité, assez étendue, doit avoir été produite par le testicule qui, étant repoussé, s'est frayé une voie entre l'aponévrose superficielle et l'aponévrose du grand oblique.

Critique de cette observation.

On voit que cette observation n'est pas très concluante. Elle a été rapportée très fidèlement. Les pathologistes français, jusqu'à ce jour, s'appuyaient principalement sur elle pour étudier la variété de l'ectopie sous-cutanée abdominale. C'était surtout les anciens pathologistes, *Vidal de Cassis* spécialement, car ils ne connaissaient pas l'observation de Grüber.

Dans le cas qui nous occupe, le testicule est inguinal; il n'est pas sorti du canal.

Monod et *Terrillon* expliquent ce cas par le port probable d'un bandage; mais l'observation ne dit pas qu'il y ait eu port d'un bandage.

Le testicule s'est creusé une loge revêtue par le péritoine entre l'aponévrose du grand oblique et l'aponévrose superficielle. Et cette loge est revêtue par le péritoine.

Aussi plusieurs auteurs, en présence de cette observation, ne pensaient devoir établir une variété nouvelle. Ces auteurs avaient partiellement raison, car, d'après nous, cette observation ne suffit pas à rendre une la variété qui fait le sujet de notre thèse.

Il faut que le testicule soit entièrement sorti du canal. Une cause quelconque peut lui faire obstacle.

L'orifice s'étant fermé, il ne peut retourner en arrière. Alors il prend une nouvelle direction et monte sous la paroi abdominale en la décollant de son aponévrose.

C'est à cette place qu'aurait dû être étudiée l'observation de Sallzmann, publiée dans le *Méd. correspondenz Blatt.*, de 1864.

CHAPITRE IV

II. — OBSERVATION RUSSE DE GRUBER

Un cas de cryptorchidie droite avec position du testicule et de ses annexes en avant de la paroi antérieure du canal inguinal (1).

Le cas a été observé sur le cadavre d'un jeune homme de 18 à 20 ans, mort de péritonite le 7 février 1877; j'ai recueilli la préparation dans ma collection. Le sujet était d'une constitution très forte et mesurait 1 mètre 64.

Dans la région inguinale droite, on trouve sur la moitié interne de l'arcade crurale, une saillie lisse qui se continue en dehors de la région du canal inguinal, ou plus exactement en haut de lui, presque jusqu'à la ligne sous-ombilicale, tandis que la région inguinale gauche a sa conformation normale.

GRUBER.— *Archiv. de Virchow*, 1878, t. LXXIII, p. 332.

Au niveau de l'orifice externe du canal inguinal droit, on ne sent pas de cordon ; et, en fait, lors de la suréminence que nous avons notée, on peut en sentir un analogue à celui qui apparaît au niveau de l'orifice externe du canal inguinal gauche.

Le scrotum possède un raphé ; comme le pubis et le pourtour de l'anūs, il est peu poilu. Il ne présente pas, d'ailleurs, un développement en rapport avec la grosseur et la force de l'individu. Un septum le divise en deux compartiments, mais le côté gauche seul renferme un testicule et ses annexes. Les canaux inguinaux sont de longueur égale ; leurs anneaux (creusés dans l'aponévrose de l'oblique externe et du fascia transversalis de l'abdomen) se trouvent à leur place habituelle. L'anneau extrême droit est anormalement formé et surtout extraordinairement petit. Le gauche est, au contraire, normal.

De plus, tandis que l'orifice externe gauche, limité aux deux piliers de l'aponévrose de l'oblique externe et à la transminaison de l'arcade crurale, possède une forme triangulaire aux angles arrondis, et mesure 2 centim. 5 sur son bord interne, 2 centim. sur le bord externe, 1 centim. 5 sur le bord inférieur, l'anneau droit, lui, n'existe qu'entre les deux piliers de l'aponévrose ci-dessus nommée, et offre la forme d'une ellipse dont le plus grand diamètre est donné par une diagonale qui se dirige en haut et mesure 1 centim. de long, 5 millim. de large en son milieu.

Par l'orifice externe passe un petit faisceau qui

vient se perdre dans la partie vide du scrotum, à droite, et le nerf iléo-inguinal (petit abdomino génital) tandis que l'anneau gauche, muni d'un fascia intercolumnaire, laisse passer le cordon spermatique. De ce même côté gauche, et devant le cordon, se trouve aussi un prolongement de la tunique vaginale du testicule, recouvert d'un fascia infundibuliforme et qui remonte jusqu'au milieu du canal inguinal.

On trouve encore un cremaster qui recouvre le nerf iléo-inguinal, ce dernier couché tout au fond du canal, derrière tout le reste. Dans le canal gauche, comme je l'ai dit, on peut voir au levant du cordon un prolongement de la vaginale testiculaire, long de 2 centimètres, enveloppé d'un fascia infundibuliforme. Dans le canal droit, mais seulement en dehors, (en haut et en arrière) le $\frac{3}{8}$ du cordon spermatique chemine avec un prolongement de la tunique vaginale, émané du sac péritonéal, mais seulement au niveau de l'orifice interne.

Quand au testicule droit que l'on trouve retenu avec ses annexes dans la région inguinale, au-dessus du canal, il présente à son niveau la disposition suivante :

Le testicule et l'épididyme ne sont pas placés dans le canal inguinal. Tous deux sont venus se coucher avec la plus grande partie de la vaginale. dans une longue fente située juste au-dessus de l'arcade crurale et parallèle à celle-ci, dans la région inguinale. Cette fente est creusée dans l'aponévrose de l'oblique externe et dans la partie inférieure musculaire de

l'oblique interne de l'abdomen, dans la paroi antérieure de ce canal et principalement au-dessus de lui, et montant vers le haut. Cette fente s'est formée par le fait de la traction en haut du bord inférieur de l'oblique interne de l'abdomen, à peu de distance de l'arcade crurale, presque jusqu'au voisinage de l'anneau inguinal interne. Tout cela est évidemment la conséquence de la traction vigoureuse du cordon spermatique, traction rendue obligatoire par la mauvaise position du testicule et de l'épididyme. Dans le canal même le cordon est situé à la partie supérieure; d'ailleurs, depuis l'anneau interne jusqu'à l'anneau externe, la partie postérieure du feuillet pariétal de la vaginale, un peu plus loin devenu inférieur, tapisse la paroi inférieure formée par l'arcade crurale, et par places, la paroi inférieure formée par le fascia transversalis.

A travers la fente, dont nous avons parlé, et plus particulièrement par son extrémité externe, pénètre l'extrémité fortement tendue du cordon spermatique. Celui-ci se dirige, en décrivant une courbe à concavité supérieure, dans l'espace ménagé entre l'aponévrose de l'oblique externe et celle de l'oblique interne, jusqu'au testicule. Plus loin, dans toute sa longueur, la vaginale pariétale, par ses deux feuillets antérieurs et postérieurs, avec un long et large dédoublement, qui sort du même canal inguinal, entre les parois duquel il est situé, d'une façon très anormale, vient se continuer au niveau de la terminaison du cordon spermatique avec la vagi-

nale viscérale, à côté de l'épididyme et de l'extrémité interne du testicule.

Quant à la place que le testicule et l'épididyme occupent, revêtus de la vaginale, entre l'aponévrose de l'oblique externe et la partie musculaire inférieure de l'oblique interne, elle est ovale et s'étend depuis l'anneau externe du canal, à environ 6 cent. $1/2$ (6 cent. $1/2$) en dehors, à 4 cent. $1/2$ au-dessus de l'arcade crurale, suivant la verticale, à 2 cent. $1/2$ de la ligne médiane enfin. — Le canal a 4 centimètres de long, l'arcade crurale 12. — En dehors, la fente s'étend jusqu'au-dessus de l'anneau interne du canal, et en dedans, jusqu'à la ligne sous-ombilicale au bord de l'enveloppe du droit de l'abdomen. Ces mesures montrent que la loge du testicule n'est nullement limitée à la paroi antérieure du canal inguinal, mais qu'elle s'étale sur toute la hauteur de la région inguinale et sur toute sa longueur.

La vaginale est très mince, elle n'entoure qu'assez lâchement le testicule et l'épididyme de son double feuillet, et comme nous l'avons dit, existe partout, sauf au niveau de l'anneau interne qui la sépare du péritoine. Elle est, de plus, enveloppée d'une membrane très ténue, le fascia, qui représente le fascia infundibuliforme et le prolongement du fascia transversalis à travers l'oblique externe et l'oblique interne. Sur cette même membrane, on voit nettement un lacis de fibres arciformes partant de l'oblique interne et qui représentent évidemment le cremaster atrophié.

Le testicule est retourné, dirigé en haut, de telle

façon que le bord antéro-inférieur se trouve regarder en haut, en dedans et en arrière, et le bord supérieur, coiffé de l'épididyme, en arrière et en dedans. La face externe est dirigée en avant, et le pôle supérieur de la glande avec la tête de l'épididyme en dehors.

Testicule et épididyme pendent à l'extrémité du funicule spermatique et d'un feuillet anormal de la vaginale qui regarde en haut. Tous deux sont d'ailleurs parfaitement libres.

Le testicule droit a la même largeur que le gauche, mais moins long que lui de 4 millim., il est aussi moins épais de moitié. Le gauche, en effet, a 5 cent. de long, 2,5 de large, 2 d'épaisseur, tandis que le droit ne compte que 4 cent. 5 de long, 2/5 de large et 1 d'épaisseur.

Bref, la glande droite est plus petite que la gauche. L'épididyme droit est aussi moins volumineux que son homologue du côté opposé. De même, le cordon et le canal déférent droits sont beaucoup plus courts que ceux de gauche.

Quant à leur diamètre, il est sensiblement le même. La vésicule séminale droite, elle, est légèrement plus petite que la gauche. Tous ces organes d'ailleurs sont sains des deux côtés : testicule, épididyme, cordon, canal déférent et vésicule séminale.

Le canal déférent droit, mesure 20 centimètres et le gauche 35.

Quant au reste des organes de la génération, ils sont normaux et sains.

Il faut considérer le petit faisceau qui passe par

l'anneau externe droit du canal inguinal, comme le gubernaculum de Hunter. La vaginale représente le processus péritonéo-vaginal, à droite, la séreuse n'étant séparée du sac péritonéal-vaginal n'est obtenu que sur une longueur de 2 cent. à partir de l'anneau interne.

CHAPITRE V

Pathogénie. — Critique du cas de Grüber.

Leriche, qui a cité l'observation de Grüber, dit que le professeur de Saint-Petersbourg a ajouté à son observation les réflexions suivantes. Elles serviront à éclairer la question.

Dans le cas de cryptorchidie que nous venons de décrire, le testicule avec son épiddidyme dont la migration n'avait pu se faire, étaient complètement sains. Bien qu'un peu moins volumineux que du côté opposé, l'organe était cependant de grosseur suffisante. Cet arrêt de migration en dehors du canal inguinal au lieu de la descente normale dans le scrotum, était due à l'étroitesse extraordinaire de l'anneau externe de ce canal, et non pas uniquement, ajoute Leriche, le fait de l'étroitesse du pilier inguinal comme dans le cas de Delamare (1). Son glissement hors du canal,

(1) J.-B. Cayol. — Descente tardive du testicule gauche, prise pour une hernie étranglée. *Revue Médicale*, Paris, 1900. t. I. p. 369.

à travers les aponévroses de l'oblique externe et la partie inférieure de l'oblique interne jusqu'à la ligne sous-ombilicale en haut, ... trouvait bien sa cause dans le volume assez considérable du testicule retenu dans le canal avec son épидидyme, derrière l'anneau externe trop étroit.

Il se créa ainsi, petit à petit, une loge dans cette paroi musculaire, qu'il força à le recevoir progressivement, sous le bord de l'oblique interne de l'abdomen, en avant tout d'abord, puis en avant de ce même muscle et derrière l'aponévrose de l'oblique externe, ensuite en attirant à lui le bord du muscle oblique interne, par le fait de la traction du cordon.

Grüber compare ensuite son cas avec les différentes variétés d'ectopie, et en conclut que son cas est direct et non décrit avant lui.

Ici, le testicule n'est pas non plus véritablement sous-cutané ; l'aponévrose le recouvre ; il est sous-aponévrotique. Le testicule a dû avoir d'abord une migration normale ; dans son trajet, il s'est trouvé retenu derrière l'anneau externe ; ce dernier était trop étroit pour le laisser passer. Puis le testicule s'est développé, a augmenté de volume. Il a alors poussé devant lui la paroi antérieure du canal. Et, pour nous servir de l'expression de Grüber, la paroi a été, en quelque sorte « *effondrée* » par lui.

Pour nous, il y aurait là deux explications possibles : Soit une anomalie des muscles abdominaux ; soit plus probablement une faiblesse congénitale, mais considérable de la paroi musculaire, un relâchement de la sangle.

Il nous semble que, sans ces explications, le mécanisme décrit par Grüber serait difficile à comprendre.

Il nous faut principalement retenir ce fait (et nous y revenons), c'est qu'ici l'ectopie n'est pas, au sens propre du mot, sous-cutanée abdominale, mais *sous-aponévrotique*.

Et nous nous croyons autorisés à pouvoir admettre deux variétés :

1° L'ectopie sous-cutanée proprement dite (voir la dernière observation).

2° L'ectopie de Grüber, que nous proposons de nommer *sous-aponévrotique abdominale*.

CHAPITRE VI

III. — L'OBSERVATION LYONNAISE DE X. DELORE.

X..., 14 ans.

Rien dans les antécédents. Aucune autre anomalie. On avait remarqué, au moment de la naissance, l'absence d'un des testicules dans les bourses, mais l'enfant n'ayant jamais été malade, on n'avait pas eu l'occasion de vérifier si le testicule était réellement descendu.

En 1898, à la suite d'exercices violents et particulièrement de séances répétées de gymnastique, il ressentit une douleur sourde, persistante, dans la région du bas-ventre, pas assez violente cependant pour l'immobiliser et l'empêcher de jouer.

Ce fut donc seulement en août 1898 qu'il se plaignit. Un médecin consulté reconnut facilement l'ectopie; le scrotum était vide du côté droit et le testicule absent, senti immédiatement sous la peau, à environ trois travers de doigt, au-dessus de l'orifice inguinal, La pression à ce niveau éveillait la

douleur caractéristique; il n'y avait d'ailleurs aucun signe de réaction inflammatoire.

Pas de hernie, l'orifice inguinal était petit et serré, la bourse du côté correspondant à l'ectopie, très réduite de volume.

On conseilla d'essayer un massage régulier et doux, réservant l'intervention chirurgicale en cas d'échec. Le testicule était relativement assez mobile et, au bout d'un mois, l'organe avait progressé d'environ un à deux centimètres. Mais le massage ne fut bientôt fait que fort irrégulièrement et deux mois plus tard, le testicule, revenu à sa situation primitive, avait même une tendance à remonter plus haut et plus en dehors. On cessa donc tout massage, proscrivit tout exercice violent; il ne pouvait en aucune façon être question de bandage; le testicule n'était pas assez mobile pour être réduit dans le trajet inguinal.

L'opération fut dès lors décidée.

Elle fut pratiquée le 5 septembre 1899, par M. Delore. Anesthésie au chloroforme, incision à cheval sur la glande ectopiée, prolongée jusqu'à l'entrée des bourses.

Le testicule apparaît immédiatement, un peu petit mais sain, entouré d'une vaginale qui ne se prolonge nullement sur le cordon. Il n'y a ni hernie, ni canal péritonéo-vaginal. L'axe de la glande est changé, elle semble avoir basculé sur elle-même et se trouve dirigée en bas et en avant, de dehors en dedans. Epididyme normal.

De son point le plus élevé se détache le cordon, de

consistance normale, bien vascularisé. Il se recourbe autour de la glande, longeant son bord externe, vient rejoindre l'orifice inguinal externe en passant sous le pôle inférieur du testicule, et s'engage directement dans le canal, sans pénétrer en aucune façon dans les bourses.

L'orifice inguinal est petit, très serré, très résistant. La glande, entourée de sa vaginale, est d'ailleurs parfaitement mobile, le doigt en fait très facilement le tour et en aucun moment il n'est besoin d'employer les ciseaux pour la détacher du tissu cellulaire ambiant. Le cordon est également libre, à peine adhérent.

En aucun point, on ne note d'insertion musculo-tendineuse, pas de faisceau aberrant du gubernaculum. En somme, l'examen du testicule, de l'épididyme et du cordon ne révèle aucune cause d'ectopie.

Le testicule étant mobilisé, le doigt va à la recherche de la bourse pour y faire une loge à la glande. Mais on trouve celle-ci obturée en haut par une sorte de pont fibro-conjonctif, dont les fibres semblent se diriger de droite à gauche et paraissent n'être que le résultat de l'accolement de la suture, pour ainsi dire, des parois de la bourse à ce niveau, ou plus exactement du ligament suspenseur de Sappey. Ce diaphragme conjonctif est coupé, on creuse facilement une loge dans la bourse où on place le testicule, que l'on y fixe par un point perdu au catgut.

On termine l'opération comme d'ordinaire. Au

bout de dix-sept jours, le malade part parfaitement guéri.

Nous l'avons revu récemment ; le résultat semble excellent, la bourse s'est accrue et a presque le volume de celle du côté opposé, le testicule est légèrement plus gros.

CHAPITRE VII

Pathogénie de l'ectopie sous-cutanée abdominale

Cette dernière observation est typique ; c'est sur elle que repose l'intérêt principal de la thèse ; car c'est elle qui nous permet principalement d'établir la variété d'ectopie que nous nommerons sous-cutanée abdominale.

En effet, ici, le testicule est bien en dehors de l'anneau. Il est placé bien en avant de l'aponévrose. Une fois la peau incisée au bistouri, on arrive immédiatement sur lui. Il est de plus parfaitement normal, entouré de la vaginale.

Enfin, il est un point pour nous très important sur lequel nous tenons à attirer l'attention, que nous voulons mettre en relief : c'est l'existence de cette sorte de pont suspendu au-dessus de l'orifice des bourses ; pont conjonctif assez résistant. Ce pont est percé à son centre et forme ainsi un *diaphragme*.

Il existe plusieurs théories expliquant l'ectopie en

général; les plus récents auteurs ont essayé de les appliquer à la variété qui nous occupe. Nous allons successivement les passer en revue et examiner si elles peuvent s'adapter à notre ectopie. Ce sont principalement des indices étiologiques que nous recueillerons. Nous verrons, nous pouvons déjà l'annoncer, que ces théories diverses sont inconciliables avec le cas qui nous occupe.

Godard et *Curling* sont des autorités, toujours à invoquer quand il s'agit d'ectopie. *Godard*, en effet, a publié une série de travaux fort remarquables sur les vices de migration du testicule. Il a contribué à vulgariser les idées de l'illustre chirurgien *Hunter* sur le *gubernaculum testis*. Aussi est-ce tout naturel qu'il ait voulu interpréter l'ectopie par le *gubernaculum Hunteri*. Il a songé, avec *Curling*, à un faisceau de ce gubernaculum anormalement inséré qui aurait empêché la glande d'arriver dans les bourses. Mais on n'a trouvé aucun indice anatomique de cette attache anormale.

Mais, pourrait-on objecter, les massages antérieurs à l'observation ont pu détruire ce feuillet.

Nous répondrons que c'est d'abord une hypothèse purement gratuite. La déchirure d'un de ces faisceaux aurait été incontestablement douloureuse; or, jamais, dans le cas qui nous occupe, les massages n'ont été douloureux.

Les massages ont été interrompus six mois avant l'intervention et pendant ce temps-là des adhérences se seraient certainement réformées si les tissus ambiants avaient été traumatisés.

Enfin le champ opératoire était absolument libre, et en cherchant en tous points on n'a pu découvrir, noter de brides cicatricielles, qu'on aurait certainement aperçues, si le *gubernaculum testis Hunteri* avait été déchiré.

Gosselin, à son tour, a proposé une explication. Il disait que la paroi antérieure du trajet inguinal aurait été réellement affaiblie, que le testicule semblait sous-cutané en apparence, alors qu'en réalité, il était en ectopie inguinale interstitielle.

Mais il n'y a qu'à lire notre dernière observation pour se convaincre que cette théorie de *Gosselin* n'est pas valable pour notre cas.

On prenait le cordon, on le suivait et on le voyait s'engager dans l'orifice externe; en second lieu, il y avait une grande distance entre le testicule et le trajet inguinal; enfin, la paroi abdominale musculaire était forte, vigoureuse, résistante.

A la rigueur, l'observation II, celle de *Grüber*, serait expliquée par cette théorie de *Gosselin*.

Curling, *Monod*, *Terrillon* insistent sur la pression d'un bandage herniaire et la déviation qui peut s'en suivre.

Mais ici cette hypothèse est réduite à néant: il n'a jamais été porté de bandage par notre petit malade.

Voici à notre avis (et nos idées à ce sujet sont partagées par MM. *Delore* et *Leriche*) quel a été le mécanisme de cette ectopie.

La migration du testicule chez cet enfant s'est faite très tard. Par quel vice de migration? Nous

l'ignorons. Elle s'est faite vers l'âge de 12 ans. Le testicule est arrivé dans le trajet inguinal qu'il a franchi; puis, normalement, est descendu jusqu'au ligament suspenseur de Sappey. Seulement la bourse correspondante était oblitérée par suite du retard de migration. Il s'est formé ainsi une sorte de « coalescence » entre les parties du scrotum et c'est de cette façon que s'est fermée l'entrée de la glande.

Pendant ce temps, il s'est formé un rétrécissement de l'orifice inguinal. On peut admettre l'hypothèse d'un traumatisme, d'une légère orchite traumatique qui aurait fait accroître de volume la glande.

Cependant cette hypothèse est purement gratuite; il n'y a pas la moindre base clinique, *a fortiori* anatomique. Que s'est-il alors passé? Le testicule ne pouvant rebrousser chemin s'est frayé un passage entre dans le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose; et, à l'aide des contractions musculaires, est remonté jusqu'au point où nous l'avons trouvé.

Cette interprétation paraît logique. De plus elle est conforme à l'assertion de *Jalaguier*, Cet auteur insiste, en effet sur l'état rudimentaire du scrotum chez ses opérés et il dit que, dans *quatre* cas, il a trouvé l'entrée des bourses fermée par une *épaisse membrane fibro-élastique*. Lui en faisait une dépendance de l'appareil suspenseur des bourses. Dans un cas, il la perfora avec les ciseaux.

Dans l'observation de M. X. *Delore*, il en est de même. Et, pour nous, ce *diaphragme conjonctif* placé

à l'entrée des bourses, obturant leur orifice, bar-
rant la route au testicule, lui imposant de rester en
dehors de son territoire, pour nous, dis-je, ce dia-
phragme conjonctif est la raison d'être de *l'ectopie*
sous-cutanée abdominale qui fait le sujet de notre
thèse.

CHAPITRE VIII

Indications chirurgicales.

Quand l'ectopie testiculaire est définitive, elle est justifiable d'une intervention opératoire.

Mais, chez les jeunes sujets, elle est souvent temporaire et on ne doit pratiquer l'opération que dans le cas de douleurs fréquentes et vives, localisées au testicule ectopié et causées par lui.

Chez l'adulte l'intervention est toujours à conseiller.

Plusieurs auteurs, *Follin* entr'autres, déclarent que le testicule ectopié est un organe altéré, inutile même au point de vue fonctionnel, mort physiologiquement, selon l'expression de *Poupart*. Aussi ces auteurs conseillent-ils la suppression de la glande.

Mais *Godard*, MM. *Le Dentu* et *Tuffier* combattent cette opinion.

Dans la plupart des cas l'opération sanglante n'est pas à aborder ; la glande peut très bien être réduite par des massages légers, pratiqués avec douceur, puis par des moyens un peu plus violents. Il arrive souvent que le testicule, mobilisé de cette façon, cesse d'être en ectopie.

Si ces méthodes ne peuvent réussir, il faut alors se décider pour la *célérraphie* ou *orchidopexie*. Elle fixe l'organe, une fois ramené à sa position normale.

Lucas-Championnière, en France, en 1887, chez un dicryptorchide, intervint. Il réduisit la double ectopie abdominale et le résultat fut un beau succès. *Monod* et *Arthaud* ont constaté que le testicule ectopié chez un sujet de 20 ans avait son intégrité fonctionnelle et anatomique.

Enfin, dans ces questions d'ectopie testiculaire, on nous permettra de rappeler la situation de l'intéressé vis-à-vis de l'autorité militaire. C'est une question importante que le malade, la famille et le chirurgien doivent toujours, dans ces cas, avoir à l'esprit.

Le 13 mars 1893, il a paru une instruction du ministre de la guerre, réglementant ces cas.

L'article 221, premier paragraphe, dit ceci :

« La perte des deux testicules, par suite d'opération ou d'accidents, l'atrophie de ces deux organes, acquise ou congénitale, portée à un haut degré, entraînent l'exemption. La perte ou l'atrophie d'un testicule, *l'autre restant sain*, est compatible avec le service militaire. »

Et l'article 222 ajoute :

« L'exemption est réservée aux cas où le testicule est retenu à l'anneau ou dans le canal, ou tout contre l'orifice inguinal en raison des douleurs qu'il provoque, de la prédisposition aux hernies qu'il entraîne, et de l'obstacle qu'il présente à l'application d'un bandage. »

CONCLUSIONS

I. — Les formes antérieurement connues d'ectopie testiculaire étaient : les formes abdominale, inguinale, crurale, périnéale, pénienne.

Il convient que nous ajoutions une forme *nouvelle* : l'ectopie **sous-cutanée abdominale**.

II. — Cette ectopie sous-cutanée abdominale est extrêmement rare. On n'en connaît que *quatre* observations dont l'une est totalement perdue.

III. — Parmi ces *trois* observations, il en est une de typique : celle de X. Delore. En comparant entre elles les deux dernières observations, celle de Grüber et celle de X. Delore, on est obligé d'établir deux variétés d'ectopie sous-cutanée abdominale,

l'une *sous-aponévrotique* ou de Grüber, l'autre *sus-aponévrotique*, ou sous-cutanée proprement dite (Obs. personnelle).

Nous proposons donc de nommer ces deux sortes d'ectopies : la *première* sous le nom d'ectopie sous-aponévrotique ou ectopie de Grüber; la *deuxième* sous le nom d'ectopie sous-cutanée abdominale vraie.

IV. — Le mécanisme de migration des deux ectopies n'est d'ailleurs pas le même; dans l'ectopie sous-cutanée abdominale, le testicule est passé par l'orifice externe du canal inguinal.

Dans l'ectopie sous-aponévrotique, au contraire, il y a eu effraction et le testicule s'est frayé un passage à travers les fibres musculaires du grand oblique. Le cordon d'ailleurs, par sa situation, en fait foi.

V. — La cause de l'ectopie sous-cutanée abdominale paraît résider dans la présence d'un *diaphragme* conjonctif, jeté comme un pont à l'entrée des bourses et barrant le passage au testicule qui ne peut ainsi gagner son siège normal.

VI. — Ces ectopies sont *douloureuses* et nécessitent une intervention chirurgicale.

VII. — En présence des partisans de l'opération

et des adversaires, nous nous inclinons du côté des partisans et conseillons l'*orchidopexie*, car Lucas-Championnière, Monod et d'autres ont orchidopéxié ces glandes et leurs résultats ont été excellents.

VU :

Le président de la thèse,

Maurice POLLOSSON.

VU :

Le doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 11 juillet 1901.

*Le recteur, président du Conseil
de l'Université,*

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHICUS

- AUGAGNEUR, MOLLIÈRE, RECLUS. — Article : Testicule, du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 31^e série, tome XVI, 1886.
- BARREAU. — Thèse de Paris, 1884.
- BARROIS (Th.). — Thèse de Paris, 1882.
- BEZANÇON (F.). — Sur l'ectopie testiculaire du jeune âge et son traitement. Thèse de Paris, 1842.
- BICH (O.). — De l'atrophie testiculaire. Thèse de Paris, 1884.
- BRAMANN. — Beitrag zur Lehre von dem. Descensus testicorum und dem Gubernaculum Hunteri des Menschen. *Archiv. f. Anatomie u. Physiologie. Anat. Abth.*, 1884.
- Bulletin de la société anatomique de Paris, 27 avril 1887, tome 1, page 232.
- CARTRON. — Des tumeurs du testicule. Thèse de Montpellier, 1870.
- J.-B. CAYOL. — Descente tardive du testicule gauche prise pour une hernie étranglée. *Revue Médicale*, Paris 1900, t. 1., p. 369.
- CENSIER. — De l'ectopie testiculaire en retour. Thèse de Paris, 1889.
- CHAMBAT. — Des hernies inguinales avec ectopie du testicule. Thèse de Paris, 1879.
- CHÉLIUS. — Traité de chirurgie 1876.
- CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie descriptive, t. II, p. 380 et suiv.
- CURLING. — Maladies du testicule, traduction Gosselin, 1857.

- CUNNINGHAM. — Manual of pratical Anatomy, vol, 1, 1893.
- DARDENNE. — Sur les tumeurs du testicule. Thèse de Montpellier, 1872.
- DUCHESNE. — Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. Thèse de Paris, 1870.
- DOURLENS. — Retard dans la descente du testicule. Thèse de Paris, 1881.
- FARABOEUF. — Article : Crémaster, *in* Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, tome XXIII.
- FUISSAU. — Sur la castration. Thèse de Paris, 1825.
- FREULET. — D'un cas de castration compliqué de hernie inguinale. Thèse de Paris, 1873.
- FOLIN et DUPLAY. — Traité de Pathologie externe, tome VII.
- FALLIN (Eug.). — Etude anatomique et pathologique sur les anomalies de position et les atrophies du testicule, (*Archives générales de Médecine*, 4^e série, 1871, tome XXVI.
- GODARD. — Recherches sur les monorchides et les cryptorchides. Paris, 1856. — Etude sur la monorchidie et la cryptorchidie. Paris, 1877.
- GRUBER. — *Arch. de Virchow*, 1878, t. LXXIII, p. 332.
- HERTWIG (O.). — Traité d'Embryologie, histoire du développement de l'homme et des vertébrés, traduction de Charles Julien, Paris, 1891. *Testicule*, page 345 et suivantes.
- HUNTER. — Œuvres complètes, traduction Richelot, tome IV, 1841, page 72.
- Instruction ministérielle sur l'aptitude physique au service militaire.
- KOELLIKER. — Embryologie, traduction de Schneider.
- LECOMTE. — Ectopies inguinales et maladies du testicule. Thèse de Paris, 1851.
- LE DENTU. — Thèse d'agrégation de Paris. Anomalies du testicule.
- LERICHE. — *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1901.
- MARÉCHAL. — Du Testicule en ectopie. Thèse de Paris, 1887.
- MERCIER. — Sur la castration. Thèse de Paris.
- MONOD, TERRILLON. — Contusion du testicule, *Archives de Médecine*, 1881, tome II. — Traité des maladies du testicule, 1889. Orchite par effort, page 121. Ectopie acquise, page 124.

- MARSCHALL. — Ectopie périnéale, *British Medical Journal*, 1883.
- POUPART. — Thèse Paris, 1897.
- RAMONIDI. — Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte. Thèse de Paris, 1883.
- ROUX (G.-F.). — De la Névralgie du testicule, Paris, 1876.
- ROY (M.). — La tunique vaginale préexiste-t-elle au testicule dans le scrotum ? Toulouse. Publication de l'*Echo Médical*.
- RINGEISEN. — Etat du testicule ectopique. Thèse de Strashourg, 1868.
- SAPPEY. — Traité d'Anatomie. *Société de Chirurgie*. Bulletin d'avril et juillet 1889.
- TESTUT. — Traité d'Anatomie.
- TOURNUS. — Des plaies du testicule. Thèse de Paris, 1894.
- TILLAUD. — Traité d'Anatomie topographique.
- TUFFIER. — Discussion à la Société de Chirurgie.
- VALLETTE. — Accidents liés à la migration imparfaite du testicule. *Lyon Médical*, 1869.
- WEIL (G.). — Ueber den descensus testiculorum. Prag, 1884.

